



## CERTIFICAT MEDICAL

### DE PRESCRIPTION D'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

Je soussignée(e), .....

Docteur en médecine exerçant à .....

Certifie avoir examiné M/Me .....

Né(e) le : .....

Et avoir constaté ce jour :

- L'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique d'une activité physique modérée et régulière.
- La présence de signe clinique décelable ne contre-indiquant pas la pratique d'une activité physique modérée, mais nécessitant des adaptations :
  - Privilégier les activités en décharge articulaire
  - Mouvements limités en :
    - Amplitude
    - Vitesse
    - Force
  - Limiter l'activité à une intensité faible à modérée (FC à ne pas dépasser : ..... BPM)
  - Précautions particulières :

.....  
.....  
.....

A ....., le .....

Signature et cachet du médecin :